

AMANDA VIVANA ORTEGA OJEDA

3114927381

ortegaamanda734@gmail.com

SECTOR 1 CASA 127 BR LA NOHORA VILLAVICENCIO META

09/10/1996

COLOMBIANA

Cédula de Ciudadania: 1.088.597.330

Soltero

SUMMARY

Soy una persona trabajadora, honesta y cumplidora con las labores que se me asignan, colaboradora y ágil para realizar cualquier tipo de tareas, se me facilita mucho aprender ya que sin importarme hago las cosas con amor y más cuando se trata de mi trabajo. Asi estoy interesado al aprendizaje de nuevas herramientas y tecnologias de nueva información; poseo buenas relaciones interpersonales las cuales me ayudan en el momento de laborar

APTITUDES

- Trabajo en equipo
- Comunicación
- Flexibilidad y adaptabilidad
- Atención al cliente
- Empatía
- Puntualidad y compromiso
- Puntualidad y responsabilidad
- Habilidad para aprender

EDUCATION

12/2014
INSTITUCION EDUCATIVA DIVINO NIÑO JESUS | Cumbal
Bachiller

INSTITUCION EDUCATIVA DIVINO NIÑO JESUS | Cumbal
Primaria

EXPERIENCE

07/2020 - actualidad
SERVICIOS GENERALES
VARIEDADES DUVAN | VILLAVICENCIO

07/2020 - actualidad
SERVICIOS GENERALES
VARIEDADES DUVAN | VILLAVICENCIO

07/2023 - 08/2023
SERVICIOS GENERALES
KIOS | VILLAVICENCIO

- Descripción general de la empresa: La empresa Kios S.A.S, con Nit 900562598-8 y domicilio en la ciudad de Villavicencio, Meta Oficina Principal Cra. 22b Nro 30-38 veinte de Julio, teléfono 310 759 7080.
- La empresa Kios S.A.S, con Nit 900562598-8 y domicilio en la ciudad de Villavicencio, Meta Oficina Principal Cra. 22b Nro 30-38 veinte de Julio, teléfono 310 759 7080.

07/2023 - 08/2023
SERVICIOS GENERALES
KIOS | VILLAVICENCIO

- Descripción general de la empresa: La empresa Kios S.A.S, con Nit 900562598-8 y domicilio en la ciudad de Villavicencio, Meta Oficina Principal Cra. 22b Nro 30-38 veinte de Julio, teléfono 310 759 7080.
- La empresa Kios S.A.S, con Nit 900562598-8 y domicilio en la ciudad de Villavicencio, Meta Oficina Principal Cra. 22b Nro 30-38 veinte de Julio, teléfono 310 759 7080.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.088.597.330

ORTEGA OJEDA

APELLIDOS

AMANDA VIVIANA

NOMBRES

AMANDA ORTEGA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-1996

GUACHUCAL
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-NOV-2014 CUMBAL

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL

ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2303700-01145684-F-1088597330-20200709 0071181330A 1 9912600868

Powered by CamScanner

Institución Educativa
Divino Niño Jesús
Cumbal - Nariño

DANE: 152227000028

Acta de Graduación

En la Ciudad de Cumbal (Nariño) a los trece (13) días del mes de Diciembre de 2014, se reunieron con el fin de formalizar la graduación de los estudiantes de último grado, los suscritos Rector y Secretario de la INSTITUCIÓN EDUCATIVA DIVINO NIÑO JESUS, Aprobado en el Nivel de Educación Media Vocacional, y autorizado por la Secretaria de Educación Departamental para otorgar el Titulo de BACHILLER ACADEMICO según Resolución No. 1245 de Mayo 13 de 2005.

Comprobada la situación Legal y Académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Vocacional, se procedió a otorgar el titulo de

Bachiller Académico

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número de documento de identificación se relaciona a continuación.

Amanda Viviana Ortega Ojeda

Identificado (a) Con C.C. 1,088,597,330 de Cumbal

Es fiel copia tomada del Acta original General N° 010 de fecha 13 de Diciembre de 2014, que consta de Ciento Cinco (105) estudiantes que comienza con el nombre de AGUIRRE AGUIRRE AMANDA ELIZABETH y cierra con el nombre de: ZAMBRANO RAMIREZ JOSE ANTONIO

Firmada por GUILLERMO LEON SOTO VINUEZA Rector, GABRIEL ANTONIO LOPEZ RISUEÑO Secretario, en Cumbal (Nariño) a los trece (13) días del mes de Diciembre del año dos mil catorce (2014).

Mgs. Guillermo León Soto Vinueza
Rector

Tec. Gabriel Antonio López Risueño
Secretario

Powered by CamScanner

La República de Colombia
y en su Nombre

La Institución Educativa Divino Niño Jesús

Cumbal - Nariño

Autorizada por la Secretaria de Educación y Cultura del Departamento de Nariño mediante Resolución No. 1245 de 2005

Confiere a:

Amanda Viviana Ortega Ojeda

Identificado (a) Con C.C. 1,088,597,330 de Cumbal

El Título de:

Bachiller Académico

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes a los ciclos Lectivos Complementarios V y VI de Educación Media Académica según los planes y programas vigentes y en el marco del Decreto 3011 de 1997

Dado en Cumbal a los trece (13) días del mes de Diciembre del año 2014

Mgs. Guillermo Leon Soto Vinueza
Rector

Téc. Gabriel Antonio López
Secretario

Este diploma no requiere la firma ni el registro de la Secretaría de Educación Departamental. Según decreto No. 921 del 6 de Mayo de 1994.

Anotado al Folio Nro. 037 Del libro de Registro Nro. 007

Powered by CamScanner

A QUIEN PUEDA INTERESAR

La empresa Kios S.A.S, con Nit 900562598-8 y domicilio en la ciudad de Villavicencio, Meta Oficina Principal Cra. 22b Nro 30-38 veinte de Julio, teléfono 310 759 7080.

CERTIFICA QUE:

El (a) señor (a) **AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA** identificado (a) con cedula de ciudadanía número **1.088.597.330** desempeñó (a) el cargo de **SERVICIOS GENERAL R3 ESE** con un salario mensual de **$ 1.160.000** (UN MILLÓN CIENTO SESENTA MIL PESOS M.L).

FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TIPO DE CONTRATO
02 07 2023	30 08 2023	TERMINO FIJO

Se expide el presente certificado a solicitud del interesado el Lunes 09 de Octubre del 2023.

Para mayor información favor comunicarse telefónicamente al 310 759 7080 ext 118.

Atentamente,

YOLIMA ANDREA VELASQUEZ
C.C. 40.216.519 de Villavicencio
Kios S.A.S
TLFNO: 310 759 7080
FYH: 2023-10-09 14:40:39-4071

Powered by CamScanner

SUMMAR PROCESOS S.A.S.

800125313-1

CALLE 17 NORTE # 4N - 25 - CALI
Teléfono:(+572) 654 0999
www.summar.com.co

C E R T I F I C A

Que el (la) señor(a) AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA identificado (a) con Documento CC-1088597330, labora o laboró en nuestra empresa, desempeñando el (los) cargo (s) descritos a continuación.

Cargo	Tipo de Contrato	Fecha inicial	Fecha Final	Ult.Salario
AUXILIAR DE SERVICIOS	**EJECUCION DE OBRA O LABOR CO-110.0**	**2024-06-18**	**Activo**	**$ 1.557.483***

*Salario promedio últimos 3 meses incluido subsidio de transporte.

Para constancia se firma en Santiago de Cali a los 12 dias del mes de Agosto de 2025

Atentamente,

TENORIO SAAVEDRA JESUS DAVID
ÁREA JURÍDICA

IDEAS MÉDICAS AVANZADAS EN SALUD

NIT 901.513.529-4

Certifica que:

AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA

IDENTIFICADA CON CÉDULA DE CIUDADANÍA N° 1.088.597.330

Asistió al Curso de:

MANIPULACIÓN DE SUSTANCIAS QUÍMICAS (MSQ)

Con una intensidad horaria de 45 Horas.

VIGENCIA DE LA PRESENTE CERTIFICACIÓN DE ASISTENCIA ES DE UN (1) AÑO A PARTIR DE LA GENERACIÓN DE ESTA.

ESTE CERTIFICADO ES EXPEDIDO EN LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO A LOS 11 DÍAS DEL MES DE MAYO DEL 2026.

Carlos Andrés Losada Meñaca
GERENTE GENERAL

Dancy Sidney Monje Perez
REPRESENTANTE LEGAL

LA PRESENTE CERTIFICACIÓN SE EXPIDE MEDIANTE MARCO NORMATIVO PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL Y NO CONDUCE A TITULO ALGUNO O CERTIFICACIÓN DE APTITUD OCUPACIONAL.
DECRETO 2150 DE 1995 PARA LA EDUCACIÓN INFORMAL MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL DECRETO 376 DEL 2022 ESTÁNDAR DE TALENTO HUMANO EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL PERSONAL DE LA SALUD.
PARA VALIDACIÓN DEL PRESENTE CERTIFICADO, SOLICITAR AL CORREO ELECTRÓNICO ACADEMICO@IMAVSS.COM O COMUNICARSE A NUESTRA LÍNEA DE ATENCIÓN 321 405 9500.

FORMANDO
Personas y Organizaciones
Consultoría de Gestión, Apoyo a la Educación, Actividades Recreativas y de Esparcimiento.

NIT. 40395950-2
Matrícula Mercantil No. 190589 y 190592

Escuela FORMANDO
Salud y Cosmetología Integral

NIT. 1007863894 - 7
Matrícula Mercantil No. 415536 Y 415537

OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA DE ASISTENCIA

A: AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA

IDENTIFICACIÓN: 1.088.597.330 de Cumbal

ACCIÓN DE FORMACIÓN CONTINUA EN EL TEMA:

BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA, DESINFECCIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS (ÁREAS GENERALES Y HOSPITALARIAS)

INTENSIDAD HORARIA: 40 HORAS

PRIMERA VEZ X **RENOVACIÓN** ___

REGISTRO NÚMERO: 92

FECHA DE EXPEDICIÓN: 15-01-2026

VIGENCIA: 1 AÑO

En testimonio de lo anterior, se firma el presente documento en Villavicencio - Meta

AFILIADOS

Empresa Formando

Escríbenos y verifica la autenticidad de este documento:
www.empresaformando.com
empresaformando@gmail.com
WhatsApp 3108449034

Nidia Yaneth Duarte Gómez

Directora Ejecutiva - Postgrado en Arteterapia Aplicada - Magister Internacional en Mindfulness - Magister Internacional en Psicologia Forense, Psicodiagnóstico y Peritaje Judicial - Profesional en Psicologia – T.P. No. 226971 COLPSIC - Estudios Profesionales en Derecho – R. No. 1875 de 1998 C.S.J.

NORMATIVIDAD QUE AVALA LA AUTENTICIDAD DEL PRESENTE DOCUMENTO: Ley 115 de 1994 título 2, sección 4, capítulo 3, artículo 43, Decreto 2150 de 1995 título 1, capítulo 3, artículo 47, Decreto 3011 de 1997 capítulo 2, artículo 12, inciso 3, Decreto 4904 de 2009 capítulo 5, numeral 5.8 y Decreto 1075 de 2015 título 6, artículo

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d9304eb1-0a20-422b-962f-42992aefc004

Nombres y apellidos / Full name: **AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1088597330**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **09/10/1996**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102791987**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID MODERNA	Primera	22	11	2021	MODERNA SWITZERLAND GMBH	017J21A	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	KATHERINE BERMUDEZ
COVID MODERNA	Segunda	20	01	2022	MODERNA SWITZERLAND GMBH	015F21A	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	MARIA BETSABET DELGADO BOGOTA
COVID PFIZER	Primer Refuerzo	26	05	2022	PFIZER	ACC5853	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	MARIA BETSABET DELGADO BOGOTA
Fiebre Amarilla	Única	22	09	2022	Sanofi Pasteur	V3E37	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	YOHANA PAOLA SOSA CUERVO
TD Adulto	Primera	22	09	2022	Serum	2331L011C	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	YOHANA PAOLA SOSA CUERVO
INFLUENZA TRIVALENTE	Anual	22	09	2022	Green Cross	V50222003	CENTRO DE SALUD ESPERANZA	YOHANA PAOLA SOSA CUERVO
COVID MODERNA XBB1.5	Adicional 1	26	04	2024	Catalent Indiana	032H23A	DISPENSARIO MEDICO ORIENTE-APIAY	YESSICA SANCHEZ ESPITIA
TD Adulto	Segunda	09	12	2024	Serum	2333L037C	VIRREY SOLIS IPS S.A TORRE 33	ERIKA JOHANNA RODRIGUEZ RAMOS - CC1121824975 - ACTIVO
TdaP Acelular Gestante	Anual	31	03	2025	Glaxo SmithKline	AC37B466AA	VIRREY SOLIS IPS S.A TORRE 33	RUTH ANGELICA NARVAEZ PEREIRA - CC1121900917 - ACTIVO
Hepatitis B Adultos Particular	Primera	16	01	2026		25GHV007	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	JAIRO ANCIZAR LEON TAVIMA - CC86070405 - ACTIVO
TD Adulto Particular	Primera	26	01	2026		220800422B	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAIDA SANCHEZ
Triple Viral Particular	Primera	26	01	2026		A69CF825A	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAIDA SANCHEZ
Hepatitis A Adultos Particular	Primera	26	01	2026		AHAVC166AA	UNIDAD DE VACUNAS PARTICULARES	CENAIDA SANCHEZ
Hepatitis B Adultos Particular	Segunda	23	02	2026		0345L002D / SERUM	IPS VACUNAR COLOMBIA VILLAVICENCIO	JAIRO ANCIZAR LEON TAVIMA

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: d9304eb1-0a20-422b-962f-42992aefc004

Nombres y apellidos / Full name: **AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **1088597330**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **09/10/1996**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **3102791987**

Correo electrónico / e-mail: **NOTIENE@GMAIL.COM**

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.

MiVacuna
Covid-19

www.minsalud.gov.co

La salud es de todos | Minsalud

MiVacuna
Covid-19

Certificado de vacunación

Nombres: AMANDA VIVIANA

Apellidos: ORTEGA OJEDA

Documento de identidad: C.C. X | Pasaporte | PEP | otro | cuál

No. 1088597330

Fecha de nacimiento: Día 09 Mes 10 Año 1996.

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante	Lote	IPS vacunadora	Nombre vacunador	Cédula del vacunador
COVID-19	1	22 NOV 2021	MODERNA	017 J21A	ESE mpal		
	2	20-1-22	moderna	015 21A	ESE mpal	Maria Bl. Delgado IPS ENFERMERA CC 1.121.912.554	
	3	26-05-22	Pfizer	ACC 5853	ESE MPAL	Maria Delgado	1121912553

Powered by CamScanner

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
DPT ACELULAR	1			
NEUMOCOCO	1			
MENINGOCOCO	1			
ANTIRRRABICA	1			
	2			
	3			
F.TIFOIDEA	1			
T. VIRAL	1	26-01-2026	PRIORIX LOT: A69CF825A FV: 08-2026	U.V.P. Vacuna Aplicada
	2			

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Centro Especializado en vacunación

Nº A 27634

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

Nit. 900.394.707-3 Cod. del Prestador 110012180401

NOMBRE: Amanda Viviana Ortega O

IDENTIFICACIÓN: 1.088597330 RH: O+

TELÉFONO: 3114927381 F.N: 4 oct/96

Calle 34A - N° 35 - 63 Br. Barzal (608) 6663546

316 256 5197

vacunarcolombiavillavicencio@gmail.com

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
HEPATITIS B	1	16 ENE 2026	HEPATITIS B IPS L:25GHV007 V:MAY/28	VACUNAR COLOMBIA Sebastian Castro
	2	23 FEB 2026	HEPATITIS B L:25GHV007 V:MAY/28	VACUNAR COLOMBIA Jairo León
	3	16 JUN 26		
	R			
HEPATITIS A+B	1			
	2			
	3			
HEPATITIS A	1	26-01-26	HAVRIX 1440 LOT: AHAVC141AM	U.V.P Vacunar Aplicada
	2	26-07-2026		

Centro Especializado en vacunación
IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunarse es su Seguro de Vida

VACUNA	DOSIS	FECHA APLICACIÓN	LOTE No.	FIRMA
VARICELA	1			
	2			
INFLUENZA	1			
TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO TD		30 26-01-2026	DELTA LOT: 2208004248 FV: 30/04/2027	U.V.P Vacunar Aplicada
	2	REF 1 año		
	3			
	4			
	5			
F. AMARILLA	1			

CERTIFICACIÓN

La Caja de Compensación Familiar Cafam certifica que el (la) señor(a) **ORTEGA OJEDA AMANDA VIVIANA CC - 1088597330**, está afiliado(a) desde **12/05/2026**, como trabajador(a) de **ZENIT INGENIERIA S A S**, con NIT: **9008385099**.

Estado civil: **Soltero**
Cónyuge/Compañero(a): **NO REPORTA**
Categoría: **A**
Fecha de Ingreso a la Empresa: **2026-05-12**

Grupo familiar conformado por:

NOMBRE	No. Identificación	Parentesco
NO EXISTE REGISTRO	-	-

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los **12 de Mayo de 2026** a solicitud del interesado

Cordialmente,

Sandra Milena Mariño O

Sandra Milena Mariño Ojeda
Jefe Departamento Subsidio

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
ZENIT INGENIERIA S.A.S.
Identificada con NT No. 900838509

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 2901666656007, a partir del 01 de Enero del año 2026.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE DEL EMPLEADO	CENTRO DE TRABAJO	CLASE	TASA	FECHA INICIO COBERTURA	FECHA DE RETIRO	TIPO COTIZANTE	ESTADO
CC	1088597330	AMANDA ORTEGA	CACOM - 2 Y SANIDAD MILITAR	2	1.044%	13/05/2026		DEPENDIENTE	ACTIVO

Se expide a solicitud del interesado el 12 de Mayo del año 2026.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

AMANDA VIVIANA ORTEGA OJEDA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.088.597.330**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 12 de Mayo del 2026.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016779038	1|2|0|5|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
ORTEGA Primer apellido	OJEDA Segundo apellido	AMANDA Primer nombre	VIVIANA Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	1088597330	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	NARIÑO	GUACHUCAL		0|9|1|0|1|9|9|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
SEC 1 CA 127 LA NOHORA		3114927381	ORTEGAAMANDA734@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
META	VILLAVICENCIO	170	Urbana cabecera municipal ☒ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS TORRE 33 - VS TORRE 33	VSTORRE33 - VSTORRE33
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
ZENIT INGENIERIA S A S	NIT	900838509	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CL 138 N 65 60	4754105	ING.LUISCARLOS.SU@GMAIL.COM	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016779038

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.** Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.** Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	1|2|0|5|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

- ☐ **82.** Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.** Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.** Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.** Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.** Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.** Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio ☐	Código del Departamento ☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.